

Dies aktuelle Interview: Daniel Bahr (MdB) zur "ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum"

"Die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum ist in der Zukunft gefährdet". Dieser Leitsatz steht über einem Interview mit einem in medizinischen und kassentechnischen Fragen äußerst versierten, anerkannten Person.

Daniel Bahr ist Parlamentarischer Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit und Abgeordneter der FDP-Fraktion im 17. Deutschen Bundestag.

Nach der Statistik vom 31.12.2008 leben in den 1.110 Städten und Gemeinden in Baden-Württemberg 10.750.794 Einwohner. 939 Städte und Gemeinden haben weniger als 12.500 Einwohner und beherbergen insgesamt 4.329.171 Personen (40,3 % der Bevölkerung).

Die Zahlen täuschen, weil einerseits jede größere Stadt oder Gemeinde als Folge der Gebietsreform von 30 - 40 Jahren kleinere Ortschaften, mit teilweise weniger als 1.000 Einwohner, dazu gewonnen hat. Andererseits sind viele Städte und Gemeinden das Ergebnis von Zusammenschlüssen kleiner Orte und Ortschaften, deren Eigenständigkeit nicht mehr zu rechtfertigen war. Somit liegt der Bevölkerungsanteil in ländlich geprägten Regionen in Baden-Württemberg deutlich über der Hälfte der Gesamteinwohnerzahl.

Gemeindegrößen und die Entfernung kleinerer Gemeinden zu leistungsfähigen Zentren bestimmen auch Gegenwart und Zukunft ärztlicher Versorgungsungen im ländlichen Raum.

Mit Daniel Bahr sprach Dr. Michael Büssemaker, Geschäftsführer der VLK-BW.

Dr. Büssemaker: Herr Bahr, beginnen wir mit unserem Leitsatz, "die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum ist in der Zukunft gefährdet". Würden Sie diesen Satz unterstreichen oder würden Sie das Thema differenzierter sehen?

Daniel Bahr: Richtig ist, dass wir vor großen Anstrengungen stehen, um die ärztliche Versorgung besonders in ländlichen Regionen zukünftig sicherzustellen. Der Ärztemangel lässt sich dabei nicht allein an der absoluten Zahl der Ärztinnen und Ärzte festmachen, sondern hat viel mit der regionalen Verteilung und der Verteilung zwischen Hausärzten und Fachärzten zu tun. Außerdem dürfen wir die demographische Entwicklung nicht außer acht lassen. Die Menschen werden glücklicherweise immer älter. Da ältere Menschen jedoch auch einen größeren Bedarf an medizinischer Behandlung haben, brauchen wir auch mehr Ärztinnen und Ärzte.

Frage: Landarztpraxen schließen und ältere, praktizierende Landärzte finden heute kaum noch Nachfolger. Der Beruf des Landarztes ist, so unsere Beobachtung, ökonomisch und belastungstechnisch für jüngere Mediziner nicht mehr attraktiv. Wie kann man

diesen versorgungs- und kassentechnischen Teufelskreis durchbrechen?

Daniel Bahr: Wir müssen die ambulante ärztliche Versorgung, speziell im hausärztlichen Bereich, attraktiver gestalten. Damit der ärztliche Nachwuchs motiviert ist, sich niederzulassen. Denn derzeit gestaltet sich die Nachbesetzung von Landarztpraxen als schwierig. Um das in den Griff zu bekommen, ist ein Bündel von Maßnahmen notwendig. Im Medizinstudium wollen wir weiter die patientenbezogene Ausbildung, insbesondere die Allgemeinmedizin, stärken und so das Interesse für eine spätere hausärztliche Tätigkeit fördern. Angehende Ärztinnen und Ärzte sollen sich bereits im Studium einen realistischen Eindruck von der Arbeit als Hausärztin bzw. Hausarzt machen können.

Darüber hinaus müssen Anreize gesetzt werden, damit sich Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Gebieten niederlassen. Hierzu gehört eine leistungsgerechte Vergütung, der Abbau von Bürokratie und der Abbau von Regressdrohungen. Gerade in Landarztpraxen, in denen eine große Zahl von Patientinnen und Patienten versorgt wird, darf es nicht zu Nachteilen bei der Vergütung durch die hohen Fallzahlen kommen. Es muss daher überlegt werden, wie die Mengengrenzungen in unterversorgten Gebieten ausgesetzt werden können, um den dort arbeitenden Ärztinnen und Ärzten finanziell eine sichere Perspektive zu bieten.

Frage: Beachten Ihre strategischen Überlegungen auch die Entwicklung, dass in ländlichen Gebieten (mit besonderem Schwerpunkt im Deutschen Osten) junge, gesunde Menschen in die größeren Städte abwandern und ältere, teilweise erkrankte Menschen in ländlichen Regionen verbleiben?

Daniel Bahr: Die notwendige Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsstrukturen muss selbstverständlich auch den gesellschaftlichen Veränderungsprozessen Rechnung tragen. Hierzu gehören auch demographische Entwicklungen, die regelmäßig mit einer veränderten Morbidität und einem sich ändernden Behandlungsbedarf einhergehen. Um eine gute Versorgung sicherzustellen, wollen wir die Vorgaben für die Festlegung der Planungsbereiche flexibilisieren. Bei regionalen Besonderheiten sollen die zuständigen Gremien auf Landesebene von den bundesweiten Vorgaben der Bedarfsplanung abweichen können. Am 15. Juli hat der Gemeinsamen Bundesausschuss einen Beschluss vorgelegt, der einen Demographiefaktor in der vertragsärztliche Bedarfsplanung vorsieht. Hierdurch soll einem höheren Behandlungsbedarf in Regionen mit einer älteren Bevölkerung Rechnung getragen werden. Das Bundesgesundheitsministerium wird diesen prüfen.

Frage: Der Trend medizinischer Versorgungsstandorte geht seit mehreren Jahrzehnten in die Richtung medizinischer Versorgungszentren mit weiterer Konzentration, besonders bei Fachärzten in Mittel- und

Oberzentren. Wo sehen Sie eine Tragfähigkeit solcher Zentren in schwach besiedelten Regionen?

Daniel Bahr: Medizinische Versorgungszentren haben sich in der vertragsärztlichen Versorgung inzwischen etabliert und bieten z.B. für jüngere Ärztinnen und Ärzte, die Familienaufgaben wahrnehmen, eine attraktive Berufsperspektive. Die Zentrenbildung darf aber nicht dazu führen, dass in entlegenen Regionen eines Planungsbereichs, Fachärzte für die Versicherten immer schwerer zu erreichen sind. Die angekündigte Flexibilisierung der Bedarfsplanung ist ein Baustein, um die regionalen Besonderheiten zielgenauer abbilden zu können. In schwach besiedelten Regionen sind aber auch neue Modelle ärztlicher Berufsausübung denkbar. Dort wo für die Niederlassung einzelner Fachärzte kein ausreichend hoher Bedarf ist, könnten zum Beispiel Ärztezentren eingerichtet werden, in denen Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen wechselweise Sprechstunden abhalten. Hier sind die Kassenärztlichen Vereinigungen gefordert, gemeinsam mit den anderen Akteuren auf regionaler Ebene Konzepte zu entwickeln.

Frage: Die Berufsausübung im ländlichen Raum muss für jüngere Ärzte attraktiver gestaltet werden. Was halten Sie von einem staatlich finanzierten Medizinstudium mit anschließender, zeitlich begrenzter Verpflichtung jüngerer Ärzte im ländlichen Raum?

Daniel Bahr: Derartige Stipendien gibt es in einzelnen Ländern, z. B. Sachsen oder bei verschiedenen Krankenhausträgern. Wir haben zusätzlich die "Landarztquote" in die Diskussion gebracht. Dieser Vorschlag geht dahin, außerhalb des allgemeinen Zulassungsverfahrens durch eine landesrechtlich festzulegende Quote für künftige "Landärztinnen und Landärzte" Defiziten in der hausärztlichen Versorgung entgegen zu wirken.

Frage: Gibt es Ihrerseits Abhilfe-Überlegungen, einen Mindeststandard ärztlicher Versorgung zu gewährleisten, beispielsweise durch weitere Qualifizierung medizinischer Berufe wie Gemeindeschwestern oder des Personals karitativer Verbände?

Daniel Bahr: Wir prüfen derzeit Möglichkeiten zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten durch andere medizinische Fachberufe sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich.

Frage: Die Vereinigung Liberaler Kommunalpolitiker berät Mandats-träger in Städten und Gemeinden und vertritt deren Interessen, auch auf Bundes- und Landesebene. Welchen Beitrag können Städte und Gemeinden leisten, bestehende ärztliche Versorgungsstandards zu sichern oder Mängel im Standard zu beheben.

Daniel Bahr: Um auch künftig eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung für alle Versicherten zu gewährleisten, werden gemeinsame Anstrengungen aller beteiligten Akteure erforderlich

sein. Denn die Attraktivität einer Kommune für ihre Bürgerinnen und Bürger hängt nicht zuletzt von der vorhandenen medizinischen Infrastruktur ab. Sinnvoll ist ein abgestimmtes Vorgehen, das es in einigen Regionen oder Landkreisen bereits gibt. Anreize für die Niederlassung im ländlichen Raum können Städte und Gemeinden beispielsweise durch Zuschüsse für die Praxiseinrichtung, das Bereitstellen von kostengünstigen Praxisräumen oder günstigem Baugrund und die Verbesserung sonstiger Standortbedingungen, wie das Angebot an Kinderbetreuungsmöglichkeiten setzen.

Frage: Kleinere Krankenhäuser stehen bundesweit vielfach vor dem "Aus", müssen fusionieren, arbeiten weiter defizitär und leiden unter Fachkräftemangel. Wie sehen Sie die Entwicklung kleinerer Krankenhäuser, auch verbunden mit einem Verlust an Bevölkerungsnähe?

Daniel Bahr: Die wirtschaftliche Situation ist bei kleineren Krankenhäusern sehr heterogen. Klein muss durchaus nicht gleichbedeutend mit schlecht oder unwirtschaftlich sein. Gleichwohl ist die Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung auch im stationären Bereich ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Deshalb muss gerade in ländlichen Regionen eine intelligente Vernetzung und sektorenübergreifende Integration und Kompetenzbündelung ambulanter und stationärer Strukturen angegangen werden. In einem aufeinander abgestimmten Versorgungskonzept wird dabei auch kleineren Krankenhäusern in ländlichen Regionen eine tragende Rolle zufallen.

Frage: Das Geschäft mit Alten- und Pflegeheimen, vor dem Hintergrund einer kopflastigen Alterspyramide, boomt. Das betrifft auch Standorte in ländlichen Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte. Gibt es Überlegungen zur Festanstellung von Medizinern in solchen Alten- und Pflegeheimen, die dann zusätzliche örtliche Versorgungsaufgaben in ländlichen Regionen übernehmen?

Daniel Bahr: Pflegeheime können bereits heute unter bestimmten Voraussetzungen Ärztinnen und Ärzte fest anstellen. Allerdings wird diese Möglichkeit nur sehr zurückhaltend genutzt; auch deshalb, weil sich eine Festanstellung von Ärzten nur für größere Einrichtungen lohnt. In der Praxis wird überwiegend auf Kooperationen von Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten gesetzt. In Modellprojekten werden z.B. Praxisverbände organisiert, in denen die haus- und fachärztliche Versorgung durch regelmäßige Visiten und Bereitschaftsdienste organisiert wird. Regionen, die die erfolgreiche Konzepte realisieren, sind möglicherweise auch für die ärztliche Niederlassung attraktiver.

Frage: Wie sieht Ihrerseits eine deutlich ländlich geprägte Region, beispielsweise die Uckermark, die Landstriche des ehemaligen beiderseitigen Zonen-

randgebietes oder die Schwäbische Alb unter ärztlich
- versorgungstechnischen Aspekten im Jahr 2030
aus?

Daniel Bahr: Natürlich habe ich keine hellseherischen Kräfte, aber ich bin zuversichtlich, dass diese Koalition die richtigen Weichen stellen wird, um auch künftig den Menschen in allen Regionen Deutschlands Zugang zu einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Dies in der Praxis zu gestalten, wird die gemeinsame Aufgabe aller an der Versorgung beteiligten Personen und Institutionen sein.

Herr Bahr, die VLK-Informationen bedanken sich für das Gespräch.